



### Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 06/01/2021

AGENCE : CBAO VDN CODE AGENCE : 01232

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT : 95200-0152132

ASSUREMPRUNT  ASSURCOMPTE

NOM : COULIBALY PRENOM : BARBACAR

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 07/04/1971 à Dakar AGE : 50

Montant Garantis : 72.455.853 Durée : 96 (Mois)

CIN : 1751197105161 TEL : 776449944

#### CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	DUREE RESTANT A COUVRIR
	<u>95200-0152132</u>	<u>72.455.853</u>	<u>Crédit Immobilier</u>
TOTAL A ASSURER			

Nous vous prions de vous présenter au préalable chez le Médecin conseil, muni de votre carte d'identité et les justificatifs ci-après :

- Déclaration de Santé
- Questionnaire Médical
- Carte d'identité nationale
- Reçu de la demande

j'accepte que mon Etat de santé me soit Directement communiqué Par le médecin conseil De la compagnie	Je souhaite que mon état de santé soit communiqué par mon médecin dont les coordonnées ci dessous Nom/prénom ..... Adresse ..... Tél/FAX/email .....
---	---

**NB: La consultation médicale est sur rendez-vous et est seulement à la charge de la compagnie.**  
 Médecin conseil Wafa : PATRICK Roger CORREA ; Tél : 774218783-339842671  
 Adresse : En face Radisson Blu Hotel, 3 Ave des Ambassadeurs FANN Résidence

SIGNATURE ET TACHET AGENCE

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE



[Date]



7.	Avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins au cours des 3 dernières années ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?	Janvier 2020 Bilan complet
8.	A la suite de ces consultations vous-a-t-on prescrit un traitement médical, un régime, un examen tel que radio, analyse, autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ? Résultats ?	
9.	Avez-vous effectué une cure ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?	
10.	Avez-vous été victime d'un accident du travail, de la circulation ou autre ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Parties du corps atteintes ? Séquelles ?	
11.	Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité, d'accident de travail ou de maladie professionnelle dont le taux est supérieur à 20 % ? (si oui, joindre les justificatifs).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taux : Motif ?	Dates ?
12.	a) Pratiquez-vous des activités sportives ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) :	Marche.
	b) Utilisez-vous des engins aériens privés ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ?	
	c) Utilisez-vous une motocyclette ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Précisez la cylindrée :	
13.	<b>Pour les hommes :</b> avez-vous été réformé pour raison de santé ?  <b>Pour les femmes :</b> - Etes-vous enceinte ? - Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ?  De combien de mois ? : Pour quelles raisons ? :	
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats :	négatifs Date : janvier 2015
15.	Avez-vous déjà fait des demandes d'assurances sur la vie ?  - Si oui, ont-elles été : - Acceptées avec surprimes ? - Acceptées avec exclusion ? - Ajournées - Refusées ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Quand ?

**N.B :** Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé .

Je soussignée (e) certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

Fait à... Dakar .....

Signature de l'adhérent assuré

Le... 05.01.2021 .....

Précédée de la mention "lu et approuvé"

*Lu et approuvé*  




Conformément à l'Article 18 du Code des Assurances (CIMA), toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance.



Wafa Assurance Vie

# RAPPORT MEDICAL

Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses à chacune des questions posées, d'une façon lisible et concise et, chaque fois qu'il constate un signe anormal, d'en préciser la signification.

<b>AGENT CBAO</b>  	<b>CONTRACTANT</b> s'il s'agit d'une assurance de groupe  CONTRAT N°.....	<b>MEDECIN</b> <b>Dr Patrick CORREA</b> 3, Av. des Ambassades <b>DAKAR SENEGAL</b>
---------------------------	--	---

**IDENTIFICATION DE L'ASSURE**

NOM COULIBALY PRENOM PABACAR  
 Date de Naissance 07/04/1971 Lieu de naissance DAKAR  
 Domicile : Quartier FAIRE CITE SANATEH Lot 27  
 Situation de Famille : Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)   
 N°CNI ou Passeport : 101 19710407000063  
 (Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

## DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Chef Entreprise  
 Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL :  
 où ? quand ? durée ? motif ?  
 Professions antérieures ? Employé dans Telecom

2) **HABITUDES DE VIE**  
 Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? NON  
 Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions)  
 Boissons alcoolisées ? NON Consommation journalière : ..... Tabac ? NON  
 Régime ? ..... Modification du poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ? .....  
 Pourquoi ? .....

Avez-vous suivi un traitement Non  Oui  Lequel ? .....

Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Non  Oui Lequel ? .....  
 Pour quelle affection ? ..... Date ..... Durée .....

3) **PARENTS**

	Age si vivant	Age au décès	ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES
Père	82		/
Mère		88	/
frères et sœurs	21 à 52 ans		/
conjoint	49		/

Y-a-t-il ou y-a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ? .....  
 de suicide ? tuberculose ? de diabète ? .....  
 Avez-vous une infirmité, des séquelles de maladies ou d'accident ?  Non  Oui Date .....  
 Nature .....  
 Etes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ?  Non  Oui Date .....  
 Motif médical : .....  
 Taux de la pension ..... Servie par : .....  
 Pour les hommes : Avez-vous fait votre service national ?  Non  Oui  
 Sinon, indiquez si vous avez été exempté, ajourné, réformé .....  
 Motif : .....

4) **ETES-VOUS DEJA ASSURE OU EN TRAIN DE VOUS ASSURER ?**  
 en cas de décès ?  Non  Oui Montant du capital ? .....  
 en cas d'incapacité ?  Non  Oui Montant des indemnités journalières ? .....  
 en cas d'invalidité ?  Non  Oui Montant de la rente d'invalidité ? .....

<b>5) Des propositions d'assurances reposant sur votre tête ont-elles été :</b> <input checked="" type="checkbox"/> refusées <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> ajournées ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> acceptées avec surprime ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	A quelle date ? ..... pour quels motifs ? ..... ..... .....
<b>6) ANTECEDENT PATHOLOGIQUE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Depuis quelle date;..... <input checked="" type="checkbox"/> Avez-vous interrompu votre travail pendant plus de 15 jours au cours des cinq dernières années ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui A quelle date ..... Durée totale de l'arrêt de travail ? .....	
<b>7) ANTECEDENT CLINIQUE</b>	
<b>A - MALADIE</b> - préciser date, durée, traitement et suites <input checked="" type="checkbox"/> Poumons : tuberculose, bronchite chronique, asthme, autres affections ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies du cœur ou des vaisseaux ? Tension artérielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Rhumatismes articulaires aigus ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies du tube digestif ou du foie ? <input checked="" type="checkbox"/> Affections de l'appareil urinaire <input checked="" type="checkbox"/> Maladies sexuellement transmissibles ? <input checked="" type="checkbox"/> Coliques néphrétiques ? Hématurie ? Albuminurie ? <input checked="" type="checkbox"/> Dépression nerveuse ? <input checked="" type="checkbox"/> Troubles d'ordre psychiatrique ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies d'origine virale ? <input checked="" type="checkbox"/> Affections particulières aux pays chauds ? <input checked="" type="checkbox"/> Paludisme, dysenterie amibienne, etc...	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>B - OPERATIONS</b> Nature, cause, date, résultats ?	/
<b>C - ACCIDENTS</b> Nature, date, suites (donner toutes précisions)	/
<b>D - SEJOUR</b> dans hôpital, maison de santé, sanatorium, station thermale Cause, lieu, dates, durée ?	/
<b>E- EXAMENS SPECIAUX</b> Nature (électrocardiogramme, électroencéphalogramme, radiographie, etc...) Cause, date, résultat ?	Bilan = RAS.
<b>F- EXAMENS DE SANG</b> Avez-vous eu au cours des cinq dernières années un résultat d'analyse biologique ayant révélé un risque particulier (diabète, cholestérol, sérologie HIV, etc...) Date, motif, résultats ?	Don de sang
<b>G -</b> Quel est votre médecin habituel (adresse)? Quel est le dernier médecin qui vous a soigné ou conseillé ? Quand et pourquoi ?	..... ..... .....
<b>8) QUESTIONS SPECIALES AUX FEMMES :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Règles normales ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies de l'utérus ou des ovaires ? <input checked="" type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu une grossesse difficile ou à risques ? <input checked="" type="checkbox"/> Accouchements à terme normaux ou compliqués ? <input checked="" type="checkbox"/> Etes-vous enceinte de combien de mois ?	..... ..... ..... .....
<b>9) Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? Le cas échéant donner toutes précisions :</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Je soussigné, certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, dont j'ai pris connaissance et qui serviront de base au contrat à intervenir.

Je reconnais savoir que toute fausse déclaration ou réticence entraînerait la nullité du contrat conformément à la réglementation CIMA

**RESERVE AU MEDECIN**  
 Signature du Médecin Examineur  
**Dr Patrick CORREA**  
 3, Av. des Ambassades  
 DAKAR SENEGAL

Fait à... Dakar ..... Le. 06-12-2021 :  
 Signature du proposant précédée  
 de la mention lu et approuvé  
*Lu et approuvé*

# EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

**Répondez à toutes les questions avec précision - Au besoin ajoutez un feuillet**

**10) ASPECT GENERAL**

- ✓ Quel est son teint ? Paraît-il son âge
- ✓ Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ?
- ✓ Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigreux ? Obésité ?

Mensurations :

Variation du poids dans les dernières années ?

Tours de poitrine :

Taille : 183

Poids : 88

en inspiration : .....

en expiration : .....

**11) SYSTEME NERVEUX**

- ✓ Troubles de la parole ?
- ✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements
- ✓ Troubles de la marche ? Paralyse ?
- ✓ Réflexes rotuliens et achilléens ?
- ✓ Etat des pupilles ? Réflexes pupillaires ?
- ✓ Fonctions intellectuelles, mémoire, psychisme ?
- ✓ En cas de traumatisme crânien ou de trépanation en préciser la date et les séquelles ?

**12) ORGANES DES SENS**

- ✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant et après correction ?
- ✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ?
- ✓ Vertiges ?
- ✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ?

Avant correction  
Après correction

	O.D	O.G
Avant correction	10/10	10/10
Après correction	10	10

**13) APPAREIL RESPIRATOIRE**

- ✓ Troubles fonctionnels ?
- ✓ Conformation générale du thorax ?
- ✓ Nombre de bronchite par an ?
- ✓ Examen clinique ?

**14) APPAREIL CIRCULATOIRE**

- ✓ Troubles fonctionnels ?
- ✓ Examen clinique du cœur (préciser les caractères des bruits anormaux) :
- ✓ Fréquence du pouls ? Arythmie :
- ✓ Tous les pouls périphériques sont-ils normalement perçus ?
- ✓ Etat du système veineux ?
- ✓ Œdème des jambes ?

Pouls : 70

TENSION ARTERIELLE après repos  
(à vérifier en fin d'examen si anomalie)

Maxima :

130

Minima :

80

**IMPORTANT**

AVANT DE SIGNER CE RAPPORT ASSUREZ-VOUS AVOIR DONNE, POUR LES AFFECTIONS ET ACCIDENTS DECLARES, DES RENSEIGNEMENTS PRECIS SUR L'HISTORIQUE, LES SOINS ET L'ETAT ACTUEL DE FAÇON A CE QUE LE RAPPORT SOIT EXPLOITABLE.



